

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

60

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Frédéric MERLIER

Né à Paris le 4 mars 1889
Ancien externe des hôpitaux de Paris

Les

Arthropathies hérédo-syphilitiques

et la

Triade d'Hutchinson

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

60

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Frédéric MERLIER

Né à Paris le 4 mars 1889
Ancien externe des hôpitaux de Paris

Les

Arthropathies hérédo-syphilitiques

et la

Triade d'Hutchinson



Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESSEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHT
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapentique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DEL BET
	QUENU
Clinique chirurgicale	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GREGOIRE	LEKEBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Paris

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CANTONNET

Ophtalmologiste des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu nous
aider de ses conseils.*

*Témoignage de notre vive recon-
naissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Hôpital Saint-Antoine, 1910-1911

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Hôpital Boucicaut, 1911

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNOIS

Hôpital Beaujon, 1911-1912

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Hôpital Necker, 1912

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Dispensaire Léon-Bourgeois, 1912-1913

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

Hôpital Tenon, 1913

MONSIEUR LE DOCTEUR CANTONNET

Hôpital Cochin, 1914

MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉRY

Hôpital des Enfants-Malades, 1915-1916

INTRODUCTION ET DIVISION

Lorsqu'on suit les consultations d'ophtalmologie dans les Hôpitaux de Paris, on est frappé de voir le nombre assez considérable d'enfants qui y sont amenés pour des cas de syphilis oculaire héréditaire.

L'affection la plus communément observée est, sans contredit la kératite interstitielle.

Assez souvent, on note chez ces sujets la coexistence de malformations dentaires, de déformations du nez ainsi que des troubles du côté de l'ouïe.

Ces troubles des trois organes : yeux, dents et oreilles forment ce qu'on a appelé la triade d'Hutchinson.

Or, si l'on fait un examen un peu approfondi de ces jeunes malades, on note que les arthropathies, et, en particulier, celles du genou, comme l'hydarthrose accompagnent presque toujours la fameuse triade.

Nous essaierons de démontrer dans ce travail, que ce symptôme, hydarthrose des genoux, est au moins aussi fréquent que la surdité. Et d'ailleurs, cette célèbre triade d'Hutchinson a donné lieu à bien des

controverses dues justement à ce que certaines affirmations exagérées ont provoqué des négations excessives et nous concluerons en disant que la surdité est un stigmat rare ; puis nous proposerons, après d'autres auteurs d'ailleurs, de faire entrer les arthropathies et surtout certaines d'entre elles, comme l'hydarthrose, à cause de sa fréquence, dans le cadre classique de la triade d'Hutchinson, cette arthropathie formant le quatrième symptôme dans un syndrome qui deviendrait alors, non plus une triade, mais une tétrade.

Nous avons divisé l'étude de notre sujet en trois chapitres :

Dans un premier chapitre nous faisons l'étude de la triade d'Hutchinson et des autres symptômes qui l'accompagnent constamment.

Dans un second chapitre nous faisons l'étude des arthropathies de la syphilis et surtout de la syphilis héréditaire, vue par les syphiligraphes.

Dans un troisième chapitre enfin nous parlons des arthropathies de la syphilis héréditaire vue par les ophtalmologistes, cette dernière partie de notre travail concernant aussi l'étude des relations qui existent entre la triade et les arthropathies.

Les Arthropathies hérédo-syphilitiques et la Triade d'Hutchinson

CHAPITRE PREMIER

La Triade d'Hutchinson

C'est en 1857 qu'Hutchinson insista sur la coexistence, chez les syphilitiques héréditaires, des trois symptômes suivants : kératite interstitielle, altérations dentaires, troubles auriculaires.

Ces accidents de la syphilis héréditaire tardive semblent pouvoir se produire à tout âge. Cependant, si nous nous en tenons aux statistiques de Fournier, la grande majorité des observations est relative à des sujets jeunes, âgés de trois à vingt-huit ans, mais le maximum de fréquence a lieu vers l'âge de douze ans, comme nous le verrons d'ailleurs dans les observations que nous publierons tout à l'heure.

Avant de passer à l'étude de la triade d'Hutchinson étudions en quelques mots les manifestations de la syphilis héréditaire.

Les manifestations cutanées ne sont pas les plus

fréquentes ; les syphilides tuberculeuses sèches et tuberculo-ulcéreuses ainsi que les gommès sous-cutanées sont les plus fréquemment observées. Les syphilides tuberculeuses se montrent surtout au visage, à la région antérieure de la jambe.

Les engorgements ganglionnaires sont fréquents chez les sujets atteints de syphilis héréditaire tardive.

Très souvent, lorsque les autres symptômes manquent, c'est le traitement qui tranche le diagnostic.

Les affections osseuses sont très fréquentes.

D'après Fournier elles prennent place au second rang après les manifestations oculaires ; elles se produisent au cours de la seconde enfance, de l'adolescence jusqu'à l'âge de trente ans ; elles atteignent leur maximum de fréquence de six à douze ans.

Les affections osseuses de la syphilis héréditaire tardive atteignent surtout les os longs, l'humérus, le fémur et surtout le tibia ; ses lésions ont une telle importance qu'il constitue véritablement l'os révélateur. Il présente une courbure à convexité antérieure avec apparence d'aplatissement transversal constituant le « tibia en lame de sabre » de Lannelongue. Nous croyons, après les docteurs Ménard, Calvé et Andrieux, de l'hôpital de Berck, dont nous avons fréquenté les services qu'il serait plus conforme à la réalité de l'appeler « tibia en fuseau », la radiographie révélant d'une façon nette un tibia fusiforme.

Les difformités craniennes et nasales, sont, elles aussi, importantes à connaître. On observe le « front olympien » le front à « bosselures latérales », le

« front en carène ». Les déformations nasales sont encore plus caractéristiques. Elles consistent en un véritable effondrement du nez dû à des altérations osseuses ; l'effondrement porte sur le segment supérieur du nez, au niveau des os propres ; nous avons le « nez en selle ». Y a-t-il destruction du cartilage de la cloison, nous obtenons le nez « en lorgnette ».

Nous réservons l'étude des lésions articulaires qui nous intéresse particulièrement, à un chapitre spécial et nous arrivons à la triade d'Hutchinson.

Les troubles que nous allons décrire, ont au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis une haute valeur et tous les cliniciens s'accordent à en reconnaître la signification, qu'il s'agisse de stigmates directement syphilitiques ou simplement de stigmates dystrophiques.

Troubles de la vue. — Du côté de l'œil, la syphilis produit la kératite interstitielle et d'autres altérations plus profondes ; mais, de toutes les manifestations, la plus fréquente est sans contredit la kératite interstitielle, qui, dans plus de la moitié des cas, reconnaît une origine syphilitique.

« Elle existait, dit Terrien, chez plus de la moitié des sujets nettement hérédosyphilitiques examinés par Huguenin (59,20/0). Elle est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin ; on peut l'observer de très bonne heure, mais son maximum de fréquence est de huit à quinze ans d'après Hut-

chinson, de cinq à dix d'après Fournier. Elle est rare après vingt ans. C'est donc une manifestation de la syphilis héréditaire tardive.

A Hutchinson revient le mérite d'avoir montré l'importance de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la kératite interstitielle. Mais cet auteur a un peu exagéré en disant que presque toujours l'affection était hérédo-spécifique.

Après de nombreuses discussions, considérée successivement comme une manifestation rachitique, scrofuleuse, hérédo-spécifique, l'accord semble fait aujourd'hui. Dans 62 o/o des cas pour Saemisch; 36 o/o pour Alexander, 55 o/o pour Michel, soit, en moyenne dans plus de la moitié des cas, elle reconnaît une origine spécifique; dans tous les autres elle n'est, comme le fait remarquer le professeur Fournier, que la manifestation d'un trouble de nutrition que diverses influences morbides peuvent réaliser (tuberculose, rhumatisme, impaludisme, goutte, influenza, affections utérines, et d'une façon générale, toutes les infections. L'influence hérédo-spécifique n'agit pas autrement, elle est seulement beaucoup plus fréquente que toutes les autres.

Il en résulte que la kératite interstitielle, malgré sa fréquence dans l'hérédo-syphilis, ne suffit pas à elle seule pour affirmer ce diagnostic. On ne le fera que s'il existe en même temps d'autres éléments (altérations dentaires, troubles de l'ouïe, manifestations articulaires, etc...) et ceux-ci devront toujours être soigneusement recherchés. »

Troubles auditifs. — A la triade d'Hutchinson appartient un autre signe important, l'ouïe dure et la surdité.

Dans nos observations, nous n'avons rencontré que très rarement des troubles de l'ouïe.

La syphilis héréditaire peut déterminer des accidents très variés du côté de l'oreille ; mais il faut ajouter que dans bien des cas l'organe de l'ouïe n'est pas intéressé.

Cette surdité hérédo-syphilitique reconnaît plusieurs particularités des plus frappantes qui lui impriment un caractère spécial, presque pathognomonique.

1° C'est d'abord une surdité qui se produit sans le cortège des accidents locaux ou généraux qui accompagnent ordinairement les otites vulgaires ;

2° C'est une surdité brusque d'invasion, hâtivement progressive, s'établissant et se confirmant avec une rapidité vraiment extraordinaire ;

3° C'est une surdité qui atteint à bref délai une intensité considérable, qu'elle conserve définitivement ;

5° C'est enfin une surdité sans lésions appréciables. Les sujets qui sont frappés de la sorte par la syphilis héréditaire deviennent sourds d'une façon vraiment extraordinaire. Ils deviennent sourds sans souffrance, sans écoulement de l'oreille, sans inflammation locale, sans réaction, à froid, suivant l'expression du professeur Fournier. Ils deviennent sourds sans

raison, du moins sans altérations anatomiques perceptibles à l'otoscope.

Ils deviennent sourds à un degré excessif, au point de n'entendre presque plus rien ou même de ne rien entendre du tout, et cela d'une façon définitive et dans un espace de temps très court, c'est-à-dire en quelques mois, en un mois, en trois semaines.

Cette surdité est due à des lésions sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre ici, de la caisse du tympan et de l'oreille interne.

Pour résumer, et beaucoup d'auteurs sont de notre avis, Fournier en particulier, les troubles auditifs sont assez rares et assez inconstants et ils n'ont certainement pas la valeur, au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire des altérations dentaires que nous allons maintenant étudier.

Lésions dentaires. — C'est le savant anglais Hutchinson qui signala le premier l'existence d'une altération dentaire particulière chez les hérédosyphilitiques; depuis, ces idées ont été développées par divers auteurs, et notamment, par Parrot et par Alfred Fournier, qui ont considérablement étendu le domaine des stigmates dentaires de l'hérédosyphilis.

Cette question est actuellement à l'ordre du jour et de nombreuses publications récemment parues discutent la valeur diagnostique des stigmates dentaires de l'hérédosyphilis.

Qu'est-ce au juste, que la dent d'Hutchinson ? On sait que l'on donne ce nom à une érosion siégeant

près du bord tranchant des incisives supérieures et entraînant une altération de forme de ces dents présentant les quatre caractères suivants, qui doivent, comme l'a fait remarquer Thibierge, se trouver réunis pour que l'on puisse appliquer ce nom :

- 1° Sièges des lésions sur les incisives médianes supérieures ;
- 2° Rétrécissement au niveau du bord libre ;
- 3° Convergence des axes ;
- 4° Echancrure semi-lunaire du bord libre.

Est-ce à dire que la syphilis seule peut donner la dent d'Hutchinson ? La question est discutée. D'après le Dr Capdepon : « C'est un trouble dû, parfois, à une maladie intra-utérine, mais le plus souvent à une maladie de la première enfance surprenant l'organe dentaire au point où il en est de son évolution et laissant à ce niveau une trace indélébile. »

Il en résulterait donc qu'un enfant qui aurait contracté une affection grave pendant la calcification de ses dents, c'est-à-dire pendant les premiers mois de sa vie, comme la rougeole et la broncho-pneumonie pourrait présenter des dents d'Hutchinson tout comme un hérédo-syphilitique.

Il résulte de tout ceci que la dent d'Hutchinson n'aurait de valeur que comme symptôme venant corroborer les autres stigmates de l'hérédo-syphilis.

D'après Gaucher il existait un autre stigmate dentaire d'hérédo-syphilis : l'écartement des incisives médianes supérieures. Ici encore la valeur diagnostique de ce signe est très discutée.

Enfin, tout récemment, Sabouraud a signalé à l'attention des médecins un nouveau signe dentaire d'hérédo-syphilis : l'éminence mamillaire de la face interne des premières molaires supérieures.

Il s'agit d'un rudiment de cuspide supplémentaire saillant à la face palatine de la cuspide antérieure de ladite molaire. D'après Sabouraud « elle est extrêmement fréquente et elle existe le plus souvent seule, alors qu'aucune autre dent ne montre de stigmates de syphilis. »

A peine émise cette opinion a été très vivement combattue par différents auteurs et il semble difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer d'une façon précise.

Nous énumérerons pour terminer cette étude les anomalies dentaires décrites par Sabouraud et Alfred Fournier et qui sont, pour ces auteurs, des stigmates d'hérédo-syphilis :

1° Le microdontisme total avec toutes dents saines ;

2° Le microdontisme partiel, avec une ou deux dents parmi les dents normales ;

3° L'absence de dents : suppression d'une ou deux canines, d'une ou deux incisives latérales restées dans la gencive ;

4° Les anomalies de position : éversement en dehors ou en dedans de la ligne dentaire ;

5° Les monstruosités : double rangée de dents permanente par conservation de la première dentition ;

6° Les altérations de forme : dents striées, canines bifides, incisives pointues au lieu d'être tranchantes (dents de poisson) ;

7° Les altérations de la zone de mastication. Absence de denture (incisives en tournevis), molaires rocheuses ;

8° La multiplication des cuspides des grosses molaires leur donnant l'aspect d'une fleur double.

La conclusion qui s'impose à notre avis est celle-ci : la syphilis est excessivement répandue ; les stigmates dentaires peuvent revêtir de multiples formes, mais d'autres stigmates d'hérédo-syphilis existent qui permettront, par leur association, de faire un diagnostic plus précis, tels que les lésions oculaires (kératite, etc...) les lésions osseuses, les lésions articulaires.

CHAPITRE II

Les Arthropathies de la syphilis (d'après les syphiligraphes)

La syphilis acquise touche les articulations comme la syphilis héréditaire: nous diviserons notre chapitre en deux sous-chapitres :

1^{er} sous-chapitre : *les arthropathies de la syphilis acquise.*

2^e sous chapitre : *les arthropathies de la syphilis héréditaire.*

Arthropathies de la syphilis acquise

Comme nous nous occupons surtout des accidents héréditaires de la syphilis héréditaire, nous passerons rapidement sur ce sous-chapitre. Nous envisagerons les arthropathies de la période secondaire, puis les arthropathies de la période tertiaire.

PÉRIODE SECONDAIRE. — Nous distinguerons :

α) *L'arthralgie.*

β) *La synovite subaiguë.*

γ) *La Synovite chronique ou hydarthrose secondaire.*

α) *Arthralgies*. — Ce sont les manifestations articulaires les plus précoces. Elles s'observent au début de l'infection syphilitique. Le malade se plaint de malaises qui consistent en courbatures, dans l'endolorissement de certaines articulations, surtout des genoux, des épaules, des poignets. Ces arthralgies sont le plus souvent articulaires. Les douleurs sont plus vives le soir et surtout la nuit, que le jour. A l'examen physique de la jointure, on ne remarque rien d'anormal, ni gonflement de l'article, ni coloration, ni chaleur anormale des téguments.

β) *Synovites subaiguës*. — Defontaine définit comme il suit les principaux caractères de ces manifestations articulaires de la syphilis : « Gonflement avec tension de l'articulation qui devient légèrement douloureuse à la pression, aux mouvements, une légère rougeur avec chaleur de la peau et quelquefois un empâtement du tissu cellulaire qui la couvre. »

Ces synovites rappellent le rhumatisme articulaire aigu, et le professeur Fournier les a décrites sous le nom de « pseudo-rhumatisme syphilitique ». Elles se localisent de préférence aux genoux, aux poignets, aux épaules, aux articulations métacarpo-phalangiennes, etc... Plusieurs articulations peuvent être prises.

Le symptôme capital, c'est la douleur, plus marquée la nuit que le jour, beaucoup plus intense que dans les arthralgies. La pression est douloureuse en certains points, mais jamais aussi vive que dans le rhumatisme articulaire aigu. Il n'y a aucune ten-

dance aux complications cardiaques et le salicylate de soude n'a aucune action sur cette forme de synovite, tandis que le traitement mercuriel ou ioduré en vient assez facilement à bout.

γ) *Synovites chroniques*. — Les synovites chroniques syphilitiques revêtent au point de vue clinique l'allure des hydarthroses chroniques. Ce sont des accidents de la période secondaire en général. On les observe surtout au genou, au coude, à l'articulation tibio-tarsienne.

Le début de ces hydarthroses est lent, insidieux et passe même très souvent inaperçu du malade. Un peu de gêne dans les mouvements et c'est tout. Cependant l'articulation devient globuleuse. La rotule, aux genoux, est soulevée ; le choc rotulien existe ; les culs-de-sac sont distendus par l'épanchement ; sous l'influence du traitement l'hydarthrose se résorbe, tantôt sans laisser de trace, tantôt en laissant après elle des craquements.

PÉRIODE TERTIAIRE. — Nous distinguerons dans cette période :

α) *L'ostéo-chondro-arthropathie ou pseudo-tumeur blanche syphilitique*;

β) *L'infiltration gommeuse périssynoviale de Lancereaux ou périssynovite*.

γ) *Ostéo-chondro-arthropathies tertiaires*. — Ces arthropathies sont caractérisées par des lésions des extrémités osseuses, tous les éléments fondamentaux de l'articulation (les cartilages articulaires exceptés).

restant intacts, d'où le nom d'ostéo-chondro-arthropathies.

Les trois cinquièmes de ces arthropathies s'observent sur le genou. Ce début est insidieux, lent, progressif et se fait sans élévation thermique, ni réaction générale. On peut diviser l'évolution de ces arthropathies en trois périodes.

La première période est la période d'ostéite. Elle est caractérisée par la douleur. Ces douleurs sont tantôt spontanées, nocturnes, tantôt elles n'existent que lorsqu'on exerce une pression sur les points malades. Au genou on rencontre de préférence ces points osseux douloureux soit aux condyles fémoraux, soit aux tubérosités tibiales.

La deuxième est la période d'hyperostose. Quand on examine un genou à cette période, on voit aisément, en comparant avec le côté sain que soit le fémur, soit le tibia, soit les deux os, sont augmentés de volume; la rotule elle-même est élargie, comme étalée. L'augmentation de volume de l'os est régulière, tandis que les arthropathies de la syphilis héréditaire sont en général déformantes. On ne perçoit pas de fongosités à la palpation. La peau qui recouvre l'articulation conserve son aspect normal. Les douleurs existent, peu intenses, surtout nocturnes. Les mouvements ne sont pas encore gênés.

Vient la période de l'hydarthrose; maintenant la synoviale s'épaissit et l'articulation est le siège d'un épanchement. Si l'épanchement n'est pas trop abondant, on perçoit le choc rotulien. Les mouvements

sont naturellement limités, mais pas autant qu'on pourrait le croire : en général les malades continuent à vaquer à leurs occupations. On ne sent pas de fongosités dans l'articulation. Traité dès le début, la guérison de l'épanchement est rapide. Cependant plusieurs terminaisons sont possibles ; la déformation de l'articulation, la fracture spontanée et l'ouverture d'une gomme épiphysaire dans l'articulation.

β) *Infiltration gommeuse périssynoviale de Lancelleaux*. — Cette forme d'arthropathie syphilitique tertiaire est caractérisée par l'existence de foyers gommeux qui se développent au niveau d'une articulation dans le tissu cellulaire périssynovial. Le début en est lent, progressif. Lorsque les malades se décident à consulter voici ce qu'on constate. Le genou, par exemple, est augmenté de volume par suite de l'épanchement dont il est le siège, d'ailleurs peu considérable. La synoviale est inégale, souple en certains endroits, blindée dans d'autres.

Pas de douleurs, en général. Pas de fongosités. La complication la plus fréquente est la formation de « souris articulaires ».

2° Arthropathie de la syphilis héréditaire

On désigne sous le nom de syphilis héréditaire, celle que l'enfant apporte en naissant. Pendant longtemps on s'est fait de la syphilis héréditaire une idée fausse en la croyant exclusivement reliée à

la première enfance. Cette erreur provenait de ce qu'on croyait qu'un enfant, issu de parents syphilitiques, échappait sûrement à l'hérédité spécifique s'il ne présentait rien de suspect dans les premiers mois ou les premières années de sa vie.

Tantôt, les accidents syphilitiques se montrent dès la naissance, c'est la syphilis héréditaire précoce. Tantôt ces accidents n'apparaissent qu'à un âge relativement avancé, c'est la syphilis héréditaire tardive.

« Sous le nom de syphilis héréditaire tardive, on désigne, dit le professeur Fournier, l'ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la deuxième enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

Par opposition à la syphilis héréditaire précoce, qui succède immédiatement à la naissance, la syphilis héréditaire tardive est celle qui fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance et cela, soit qu'elle entre en action à cet âge, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge. »

La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise peut envahir les articulations.

Les arthropathies de la syphilis héréditaire peuvent revêtir plusieurs formes et il y lieu d'en décrire plusieurs variétés.

Parmi les arthropathies chroniques, les auteurs étrangers distinguent :

Une ostéo-arthropathie simple ;

Une hydarthrose double ;

Une ostéo-arthropathie déformante.

Cette deuxième variété, hydarthrose double, a été décrite la première fois par Clutton en 1886. Pour lui c'est une variété rare, caractérisée par une hydarthrose toujours symétrique des genoux, s'accompagnant d'indolence fonctionnelle et d'intégrité « au moins apparente » des extrémités osseuses. Le professeur Fournier a étudié cette forme et il arrive à cette conclusion que « l'hydarthrose ne fait que masquer les tuméfactions osseuses dont elle n'est qu'un épiphénomène ».

Nous ne décrirons donc dans la syphilis héréditaire que deux variétés d'arthropathies.

1° Une ostéo-arthropathie qui s'accompagne le plus souvent d'un épanchement et qui simule la tumeur blanche (pseudo-tumeur blanche).

2° Une ostéo-arthropathie sèche, caractérisée par les déformations osseuses (arthropathie déformante).

Ostéo-chondro-arthropathies. (Pseudo-tumeurs blanches héréditaires). — L'ostéo-chondro-arthropathie de la syphilis héréditaire est une affection assez fréquente. Cependant un assez grand nombre de cas d'ostéo-arthropathies héréditaires sont considérées comme vraies tumeurs blanches scrofuleuses et soignées comme telles. Envoyés à Berck-sur-mer ces enfants sont reconnus hérédosyphilitiques et guérissent presque toujours.

C'est entre huit et treize ans qu'on rencontre le plus souvent ces ostéo-arthropathies. Le siège de l'affection est variable ; elle a une prédilection manifeste pour certaines jointures, qui sont, par ordre de décroissance : le genou, le coude, le cou-de-pied, l'épaule, la hanche. La fréquence des lésions du genou est incontestablement plus grande : le plus souvent une seule jointure est prise, mais il n'est pas rare d'observer plusieurs articulations atteintes à la fois.

Le début de l'affection est lent et insidieux. Un des caractères fondamentaux de l'ostéo-arthropathie de la syphilis héréditaire est l'indolence fonctionnelle. En général les enfants ne souffrent pas de leur jointure malade ; on est frappé dans la plupart des observations de lire que les petits malades marchent, courent, jouent sans se plaindre. Cependant la douleur existe parfois, mais elle est peu marquée.

Un autre symptôme, c'est la claudication, lorsqu'il s'agit du genou. Mais, le signe le plus important, c'est la déformation de l'articulation atteinte. On est frappé des dimensions considérables de l'articulation d'autant plus que les muscles voisins sont en général atrophies.

Ce gonflement de la jointure est dû à l'augmentation de volume des extrémités osseuses qui concourent à former l'articulation. Quand on palpe l'articulation malade, on a sous les doigts la sensation d'une masse solide, dure comme la pierre, unie, lisse comme l'ivoire ; c'est la synoviale qui est épaissie

Très souvent on sent nettement qu'elle présente en certains endroits des épaisissements localisés, donnant la sensation de plaques. C'est le blindage de l'articulation, caractère sur lequel insiste le professeur Fournier. Il n'y a pas de fongosités. On se rend compte également par la palpation qu'il existe une hydarthrose.

Cet épanchement n'est généralement pas très abondant ; il soulève la rotule, occupe en partie le cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale et permet d'obtenir le choc rotulien.

On serait tenté de croire qu'une articulation qui est le siège de lésions si appréciables doit être frappée d'incapacité absolue ; il n'en est rien. C'est là un des signes les plus caractéristiques et les plus constants. En dehors de la gêne qu'elle éprouve de son développement considérable, en dehors des craquements que l'on constate souvent dans l'intérieur de la jointure pendant les mouvements de flexion et d'extension et dûs probablement au frottement les unes contre les autres des masses épiphysaires hypertrophiées l'articulation a conservé presque complètement sa mobilité, sa souplesse, sa puissance.

Le diagnostic de cette manifestation articulaire de la syphilis héréditaire est parfois très difficile, surtout lorsque l'enfant n'a pas d'autres accidents syphilitiques en activité. En présence d'un enfant qui offre les symptômes que nous avons décrits, il faut rechercher dans les antécédents héréditaires, inter-

roger les parents, savoir si le père n'est pas un ancien syphilitique, questionner la mère au point de vue de ses grossesses antérieures.

Enfin il ne faut pas négliger l'examen complet du petit malade ; on examinera son squelette, ses yeux, ses dents, sa voûte palatine, son nez ; on demandera aux parents s'il est né à terme.

Ici le diagnostic est tout, puisque une fois qu'il est établi le malade guérit toujours.

L'affection qui peut simuler l'ostéo-arthropathie de la syphilis héréditaire le plus souvent est la tumeur blanche tuberculeuse. Ces deux affections apparaissent dans la première enfance. Les caractères différentiels peuvent être résumés dans le tableau suivant, emprunté à Fournier.

*Tumeur blanche
tuberculeuse*

*Pseudo-tumeur blanche
Hérédo-syphilitique*

Gonflement de consistance inégale.

Empâtement fongueux.

Fausse fluctuation.

Orifices de trajets fistuleux cutanés fréquents.

Contractures. Attitudes vicieuses.

Engorgement ganglionnaire.

Gonflement osseux dur.

Fluctuation vraie.

Trajets fistuleux rares.

Ni contracture. Ni attitude vicieuse.

Engorgement ganglionnaire rare.

Mouvements limités douloureux.

Douleurs spontanées violentes.

Mouvements conservés ou gênés.

Seulement par l'épanchement.

Douleurs peu marquées, plus souvent nocturnes.

Etat général mauvais.	Etat général plutôt bon.
Coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses.	
Marche chronique, non influencée par le mercure ou l'iode.	Guérison ou amélioration par le mercure ou l'iode.
Synoviale très malade.	Synoviale blindée. Pas de fongosités.
Fongosités.	
Liquide purulent.	Liquide clair.
Séquestres osseux.	Séquestres osseux rares.

Le diagnostic de l'ostéo-arthropathie de la syphilis héréditaire doit encore être fait avec l'ostéo-myélite des nourrissons, mais ici l'évolution est aiguë, la fièvre est intense, il y a suppuration et abcès sous-périosté.

Ostéo-arthropathies déformantes. — Cette forme d'arthropathie a été étudiée pour la première fois il y a plus de vingt ans par Méricamp.

Ces arthropathies sont caractérisées par l'augmentation de volume des épiphyses, l'absence d'épanchement et de la limitation des mouvements de l'articulation atteinte.

Ces arthropathies sont beaucoup plus rares que celles que nous avons étudiées précédemment. Elles sont le plus souvent des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

On peut réduire à deux les périodes de l'évolution de ces ostéo-arthropathies déformantes.

La première période est tout entière occupée par le développement de l'hypérostose. Au développe-

ment de l'hypérostose est lié le symptôme douleur sur la valeur duquel Fournier insiste beaucoup. Elle précède souvent la naissance de l'hypérostose ; elle persiste pendant toute la durée du développement de cette hypérostose, mais avec une intensité variable. Elle cesse avec le développement complet de l'hypérostose.

Le caractère essentiel de cette arthropathie c'est d'être déformante et cette déformation, due à une hypertrophie épiphysaire de forme plus ou moins bizarre et de volume plus ou moins considérable, explique la douleur du début et la gêne des mouvements. Mais du côté de l'articulation on ne signale rien qui vienne qualifier le terme d'arthropathie puisque la jointure est absolument indemne.

Ajoutons que cette arthropathie siège habituellement au niveau des coudes.

CHAPITRE III

Les arthropathies de la syphilis héréditaire vues par les syphiligraphes

Nous avons dit au début de ce travail le nombre de syphilis oculaires que l'on voyait dans les différents services d'ophtalmologie. Les cas de syphilis héréditaire sont beaucoup plus fréquents que les cas de syphilis acquise. Eh bien, nous croyons pouvoir affirmer qu'à peu près dans la moitié des cas, l'hérédo-syphilis oculaire est accompagnée de kératite interstitielle.

Nous ne parlons ici, comme accident syphilitique oculaire, que de la kératite interstitielle ; il est bien évident que la syphilis ne touche pas que la cornée, mais l'hydarthrose des genoux ne coexiste qu'avec la kératite (1).

C'est Hutchinson, qui le premier en 1886 remarqua qu'il y avait parfois un rapport entre la kératite interstitielle et certaines arthropathies, comme l'hydarthrose des genoux. Voici ce qu'il en dit : « On voit parfois chez les hérédosyphilitiques se développer, en même temps que la kératite interstitielle, un épan-

1. En 1897, Panas remarqua à son tour la corrélation qui existait entre la kératite et certaines arthropathies, comme celle du genou par exemple.

chement mono ou poly-articulaire, frappant souvent les genoux symétriquement et cet épanchement est indolore. »

Mais ce n'est qu'une phrase en quelque sorte incidente, et Hutchinson n'insiste pas davantage.

Dix ans plus tard, Clutton, dans son mémoire (*Symetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis* (*The Lancet*, 27 février 1896), insista sur ce fait, qu'avec l'hydarthrose double des genoux, plus qu'avec les autres formes d'arthropathies hérédosyphilitiques, coïncide presque toujours une kératite interstitielle.

Il fait suivre son travail d'un tableau synoptique de 11 cas d'arthropathies qu'il a observés. Sur ces onze malades, dix avaient de la kératite interstitielle en évolution, cinq avaient les dents caractéristiques de la syphilis héréditaire, quatre avaient des exostoses tibiales et deux seulement étaient atteints d'une surdité absolue.

Mais c'est surtout le Dr Jacqueau, de Lyon, qui, dans un article intitulé « Kératite parenchymateuse et arthrites concomitantes », insista sur ces faits.

En 1895, dit-il, faisant au cours de mon internat un séjour à l'hôpital maritime de Giens, j'eus à soigner un jeune garçon d'une quinzaine d'années, que sa famille, habitant Toulon, avait envoyé là-bas, sur les conseils de son médecin, pour y tenter une cure d'une double hydarthrose des genoux. Le jeune homme, qui présentait par ailleurs des stigmates évidents d'hérédosyphilis, fut, par surcroît, atteint

aux deux yeux d'une poussée de kératite parenchymateuse des plus caractérisée.

Ayant dû quitter Giens peu de temps après, je ne pus suivre longtemps l'évolution de la maladie ; mais depuis, mon attention fut attirée par la coexistence de ces deux phénomènes : kératite et arthrites.

Je les ai retrouvés si souvent associés que je voudrais aujourd'hui attirer tout particulièrement l'attention sur ce groupement pathologique.

Voici tout d'abord le résumé de quelques observations personnelles choisies parmi ceux des malades que j'ai pu suivre régulièrement au cours de leur affection :

OBSERVATION I

B..., neuf ans, mère saine ; père syphilitique avéré. L'enfant a une très grosse tête, mais sans malformations spéciales. On l'amène le 12 février 1903 au cours d'une poussée intense de kératite interstitielle double, ayant débuté un mois avant pour l'un des yeux, quinze jours après pour l'autre. Les deux genoux sont fortement gonflés, surtout le genou gauche où l'on perçoit un choc rotulien des plus manifeste. Le jeune malade pourtant ne s'en plaint pas, il en souffre à peine, sauf lorsqu'il marche beaucoup.

Traitement. — Outre le traitement local, sirop de Gibert pendant quinze jours, avec alternance d'un traitement purement ioduré pendant les quinze jours suivants.

20 mars. — Amélioration très sensible du côté des yeux et des hydarthroses, sauf le genou gauche, un peu plus gros que l'autre.

16 avril. — Disparition totale des arthropathies ; les cornées sont en bonne voie d'éclaircissement ; le malade repart chez lui.

Or, le 10 janvier 1907, soit près de quatre ans après par conséquent, cet enfant revient avec une rechute de kératite interstitielle à gauche, rechute ayant coïncidé avec une douleur légère du genou gauche où l'on retrouve à nouveau une hydarthrose manifeste.

Reprise du traitement et guérison définitive trois mois après. Comme la première fois, l'arthrite du genou a guéri la première.

OBSERVATION II

Mme M... de P..., vingt-six ans.

Le père était alcoolique et, d'après les renseignements donnés, à peu près sûrement syphilitique. La malade est venue au monde après deux enfants morts-nés. Elle a eu elle-même trois enfants en quatre ans. Le 6 avril 1906, cette jeune femme vient consulter pour une kératite parenchymateuse d'intensité moyenne, qu'elle présente à gauche. En outre, elle est porteuse de nombreuses fluxions articulaires; il y a, notamment, un gonflement du cou de pied droit et de l'hydarthrose avec choc rotulien aux deux genoux.

Traitement. — Port de genouillères, traitement local des yeux et deux cuillères de sirop de Gibert par jour.

16 avril. — Presque toutes les articulations des membres sont plus ou moins gonflées. Les plus atteintes sont celles des cou-de-pied, des genoux, du coude gauche. L'articulation de la hanche gauche est elle-même un peu douloureuse. Sans trop souffrir, la malade marche cependant difficilement.

Traitement. — K. I. 4 grammes par jour.

25 mai. — Même état. L'autre œil se prend. Injections intra-musculaires d'énésol tous les deux jours.

13 juin. — Amélioration très sensible de l'œil le premier atteint; disparition du gonflement articulaire, sauf au genou droit. Depuis, la guérison survint peu à peu et le 9 janvier suivant, toutes les articulations étaient parfaitement libres; les cornées étaient encore troubles, mais la poussée inflammatoire était absolument terminée.

9 mars 1907. — Rechute de la kératite à droite en même temps qu'il se manifeste également de la gêne de l'articulation de la hanche et un peu de gonflement du genou gauche. La malade reprit du sirop de Gibert et la guérison fut assez rapide. Elle eut lieu après un mois et demi environ.

Dans cette observation, comme dans la précédente, le fait le plus intéressant consiste en une récurrence des arthropathies en même temps que survenait à nouveau la kératite interstitielle très longtemps après la guérison de la première atteinte de ces affections.

OBSERVATION III

M... L..., dix ans, Lyon.

Père mort à trente-deux ans, nettement syphilitique. Début par kératite interstitielle double en juin 1906. Au cours de cette poussée, et peu de temps après son début, le genou droit est devenu très gros ; on a d'abord cru à un traumatisme, à une chute. Bientôt survint de la surdité. Un chirurgien consulté donna tout d'abord de l'iodure puis du sirop de Gibert. L'amélioration survint progressivement, la surdité disparut la première, puis l'articulation du genou, seule prise du reste pendant toute la durée de la maladie s'amenda plus rapidement que les yeux, dont la guérison, malgré un traitement local approprié, ne fut totale qu'en juillet 1907, un an après le début de l'affection par conséquent. Ici donc, les phénomènes morbides disparurent en raison inverse de leur ordre d'apparition.

En février 1908, il se fit encore une rechute légère du côté des deux yeux, mais cette fois sans aucun phénomène articulaire.

OBSERVATION IV

F... C..., dix-sept ans, Lyon.

Père mort. Pas de renseignements précis. Mère ayant fait une fausse couche avant la naissance de la malade.

Celle-ci est venue au monde malingre et débile. Elle fut couverte de boutons dans le premier mois. Toux dans l'enfance, bronchite à douze ans avec menace de méningite ?

En avril 1907, douleurs dans les genoux, surtout à gauche, avec gonflement ; on pense à une chute et on mène la jeune fille chez le rebouteur.

En mai, soit trois semaines après, kératite parenchymateuse à gauche ; forme très violente avec irido-cyclite.

Traitement local et traitement mercuriel sous forme de sirop de Gibert. Amélioration de l'état des genoux atteints tous deux d'hydarthrose après un mois de traitement.

Après deux mois, on ne percevait plus de choc rotulien.

En novembre, alors que l'œil gauche n'était pas complètement guéri, l'œil droit se prend et fait une poussée d'irido-kératite qui dure deux mois.

En mars 1908, il n'y a encore que de vagues sensations douloureuses dans les genoux, mais sans hydarthrose.

Du côté des yeux, aucune nouvelle manifestation inflammatoire.

OBSERVATION V

A... B..., neuf ans, Lyon.

Père ayant abandonné la famille. Pas de renseignements précis ; mère morte d'endocardite. Deux frères morts en venant au monde.

30 décembre 1907. — Se déclare au genou droit une arthrite indolore ; quatre jours après le genou gauche est pris ; on montre le malade à un chirurgien qui fait une ponction, laquelle donne à droite un liquide verdâtre, lim-

pide, à gauche un liquide séro-hématique. On fait une culture avec ce dernier liquide et on trouve des staphylocoques ; on pratique l'inoculation à un cobaye ; elle est positive au point de vue de la tuberculose. Un double bandage silicaté est appliqué ; pas de traitement interne.

Au commencement de janvier 1908, un mois après le début des arthrites, l'œil droit est atteint d'irido-kératite parenchymateuse. Le 12 février 1908, on prescrit du sirop de Gibert. Le 19 mars, amélioration sensible des genoux ; à gauche il existe encore pourtant un assez fort gonflement. L'œil va bien, mais la cornée a une légère tendance à l'ectasie, la malade ne revient pas à la visite et je n'aurais pas rapporté son histoire sans l'inoculation qui fut positive au point de vue tuberculose.

Beaucoup d'autres cas, conclut le Dr Jacqueau, dont je n'ai pas les observations, me reviennent à l'esprit, et pourtant, jusqu'à maintenant l'attention a à peine été attirée sur les rapports existant entre les kératites parenchymateuses et les arthrites. »

Dans le service d'ophtalmologie du Dr Cantonnet, à l'hôpital Cochin, nous avons vu plusieurs de ces malades. Voici les observations que nous y avons recueillies :

OBSERVATION VI

M..., jeune garçon de neuf ans et demi. Nous est ramené au début de mai 1914. C'est un hérédosyphilitique avéré. Le père avoue, d'ailleurs, avoir contracté la syphilis dans son adolescence. Crâne olympien, altérations dentaires caractéristiques, incisives supérieures écartées. Ancienne surdité. En somme, la plupart des stigmates de l'hérédosyphilis.

L'année précédente il avait été amené dans le service pour une kératite parenchymateuse bilatérale, sous forme d'opacités centrales, avec peu de réactions (pas de photophobie, pas de péricératite).

Traitement par le sirop de Gibert et une solution d'atropine à 1/200 suivie de compresses avec la solution chlorurée isotonique de Cantonnet (14 gr. pour 1000 d'eau) pendant un mois environ.

Amélioration de l'état général.

Un an après, c'est-à-dire au mois de mai 1914, apparaît à l'œil droit une épiscélrite, sans kératite, avec peu de réaction. Traitement approprié suivi d'amélioration; deux mois après cette épiscélrite de nature syphilitique apparaît une nouvelle poussée bilatérale d'épiscélrite plus violente que la première et accompagnée d'iritis assez violente de l'œil gauche.

A ce moment-là seulement, on note de l'hydarthrose du genou gauche: choc rotulien, laxité ligamenteuse, boursoufflement des culs-de-sac.

Nouveau traitement mercuriel, cette fois par frictions. Iode à l'intérieur. Guérison définitive deux mois après.

OBSERVATION VII

Gaston T..., quatorze ans.

Est venu pour la première fois dans le service en octobre 1911.

Pas de commémoratifs au point de vue syphilis dans la famille.

Les cornées des deux yeux qui ont perdu leur brillant offrent l'aspect de la kératite parenchymateuse. Il y a de l'injection périkeratique et une photophobie moyenne. Traitement par l'atropine. En huit mois la maladie est terminée en laissant des opacités centrales.

Neuf mois après, récurrence, avec un peu de réaction; mais les deux iris sont légèrement touchés.

Pas de surdité chez ce malade. Crâne natiforme.

Les dents n'offrent rien de particulier.

On note une hydarthrose double des genoux; l'épanchement n'est pas trop considérable. Le choc rotulien est net; cet épanchement s'est développé lentement, presque sans

douleur, comme c'est la règle en général, d'ailleurs le malade ne s'en est pas aperçu, on le lui a fait remarquer lorsqu'il est venu à la consultation.

Traitement. — Iodure de potassium et frictions mercurielles avec l'onguent napolitain. La guérison s'obtient au bout de plusieurs semaines.

OBSERVATION VIII

Jeune homme de vingt ans. Contaminé par sa nourrice à l'âge de un an. Vers l'âge de onze ans a été atteint de kératite interstitielle bilatérale et il est devenu de plus en plus sourd.

Quand il se présente à la consultation on ne trouve aucun stigmatte de l'hérédo-syphilis (les dents, le crâne, les tibia, etc., sont normaux).

Par contre, il est complètement sourd et à tel point que le malade est obligé de regarder les lèvres de l'interlocuteur pour comprendre.

Il se présente dans le service de Cochin avec une kératite interstitielle bilatérale. Les iris sont intacts.

A l'examen des genoux, on ne trouve rien d'anormal ; ici il n'y a donc pas d'hydarthrose.

On fait le traitement habituel de l'affection oculaire par l'atropine.

OBSERVATION IX

J..., vingt ans. Se présente à la consultation en janvier 1913, pour une double kératite parenchymateuse.

Le père aurait eu la syphilis. La mère semble jouir d'une bonne santé. Elle a eu cinq enfants ; deux sont morts en bas âge de convulsions ; un autre est né avant terme à six mois, il n'a vécu que quelques jours ; l'avant-dernier, âgé de quinze ans, semble bien portant.

Notre malade serait né à terme. A sept ans il a fait une

rougeole qui a failli l'emporter. Broncho-pneumonie double. Otite. Après sa broncho-pneumonie, coqueluche qui a duré trois mois environ.

Se présente donc à la consultation en janvier 1913.

Facies d'Hutchinson. Nez en lorgnette, voûte palatine ogivale. Les dents ne sont pas très bonnes, mais n'ont pas l'aspect hutchinsonien. Les deux incisives médianes supérieures sont écartées. Les tibias ne présentent aucune courbure anormale. Les bosses frontales sont très fortes; l'audition est notablement diminuée et cela depuis sa rougeole.

A l'examen on note que les cornées des deux yeux sont extrêmement troubles; il y a une photophobie très intense. L'injection périkeratique est très intense aussi. De fins vaisseaux pénètrent dans les lames cornéennes. Le malade voit à peine pour se conduire.

A l'examen des genoux on note une grande laxité ligamenteuse. Le choc rotulien est très net. Il y a gonflement des culs-de-sac. Comme toujours ou presque ils sont indolores; la fluctuation est des plus nette. Si on interroge le malade il nous dit que ses genoux sont « gonflés » depuis plusieurs mois, mais qu'il ne s'en est pas préoccupé, d'autant plus qu'il marchait comme auparavant.

On lui fait le traitement classique : collyre à l'atropine, Compresses chaudes sur les yeux, frictions à l'onguent mercuriel double et iodure de potassium à l'intérieur.

L'amélioration s'est produite très lentement; la kératite a évolué pendant dix-huit mois avec beaucoup de réactions.

Au mois de juillet 1914, la guérison est presque complète; les pupilles sont très bien dilatées, l'iris droit est sain. On note une légère opacité sur la cornée de l'œil gauche. Les genoux sont à peu près dans le même état; la fluctuation existe encore, peut-être un peu plus faible.

Voilà donc plusieurs observations que nous avons recueillies pendant les quelques mois que nous avons suivi la consultation de notre maître le Dr Cantonnet.

A la fin de juillet 1914, la mobilisation nous a séparés.

En août 1915, appelé par la mairie d'Alfortville pour y assurer une partie du service médical, nous avons recueilli l'observation suivante :

OBSERVATION, X.

Le jeune M... âgé de huit ans.

Vient pour la première fois à la consultation du dispensaire de la commune au mois d'octobre 1915 pour une affection de l'œil gauche qui a été diagnostiquée « conjonctivite » et traitée comme telle depuis plusieurs semaines, sans résultat bien entendu.

L'enfant est né à terme. Il a été nourri au sein. Il aurait fait la rougeole. Les antécédents sont difficiles à obtenir. C'est la belle-mère qui amène le petit. Elle sait cependant que la mère a toujours eu une conduite déplorable. Elle aurait fait une fausse couche en 1910, aux inondations ; depuis elles se sont répétées ; elle est d'ailleurs morte en couches, d'un enfant prématuré mort depuis. Un médecin de la localité lui faisait, avant la guerre, des piqûres ; ce sont probablement des injections mercurielles ; d'ailleurs, elle allait à Broca, où on lui en faisait également.

L'enfant nous est donc amené au début d'octobre 1915. A ce moment l'œil gauche est très rouge ; il y a un larmoiement intense ainsi que de la photophobie. L'injection péri-kératique est énorme. On l'a traité jusqu'ici avec des collyres au sulfate de zinc. L'enfant ne se plaint pas de l'œil droit. La dentition n'est pas très mauvaise. Seules, les incisives supérieures sont très écartées. La voûte palatine n'offre rien de particulier.

A cette époque il n'y a aucune surdité. Le nez est légèrement aplati. Son ventre est gros : il est atteint d'entérite

depuis sa plus tendre enfance ; il va trois ou quatre fois à la selle tous les jours.

Les tibias sont normaux. Nous lui demandons alors s'il ne se plaint pas des genoux ; sa belle-mère nous répond affirmativement ; elle a justement remarqué que l'enfant avait le genou gauche beaucoup plus gros que l'autre et douloureux par moments. Le choc rotulien est très net. Les épiphyses tibiales et fémorales sont manifestement épaissies. Les culs-de-sac sont gros. Au genou droit, mêmes phénomènes, mais beaucoup moins accentués.

Nous disons à la belle-mère ce que nous pensons de l'affection et nous l'invitons à aller à la consultation de l'Hôtel-Dieu le lendemain, où notre diagnostic et notre traitement sont confirmés.

On fait donc au jeune malade le traitement local de l'œil gauche par l'atropine et les compresses chaudes. Le traitement général consiste en frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur.

Au bout de deux mois, l'œil droit se prend à son tour. Larmoiement, photophobie. La cornée présente dans sa partie centrale une infiltration assez opaque. L'injection péri-kératique est intense. Même traitement que pour l'œil gauche.

En janvier, février et mars 1916, le malade est complètement aveugle. Il perçoit à peine la lumière. On est obligé de le conduire. Quant aux genoux, ils sont à peu près dans le même état.

En avril de la même année, la vue s'améliore : les cornées s'éclaircissent ; l'opacité commence à pâlir. Le premier objet que le malade reconnaît est une brosse. Les pupilles se dilatent. L'injection péri-kératique a disparu ainsi que la photophobie.

Le genou gauche est notablement diminué ; les douleurs disparaissent. Le choc rotulien est toujours net. Comme traitement on continue l'atropine. Nous lui faisons faire un traitement iodo-mercuriel tous les trois mois.

A la fin de 1916, les yeux vont tout à fait bien.

A l'examen direct, que seul nous pouvons pratiquer, on ne constate plus de trouble sur la cornée de l'œil droit. Il semble cependant qu'il y ait une légère opacité centrale.

A la partie inféro-interne de la pupille de l'œil gauche on note très nettement quelques synéchies. La pupille est dilatée, mais très irrégulière.

Les genoux vont bien. Le malade s'en plaint parfois.

En 1917, nous revoyons notre malade deux ou trois fois au plus ; il vient lui-même au dispensaire pour faire renouveler son ordonnance.

Au début d'octobre dernier, sa belle-mère nous l'amène parce « qu'il n'entend presque plus » ; en effet, notre malade est complètement sourd ou peu s'en faut ; nous l'envoyons à l'hôpital Rothschild où on lui prescrit l'ordonnance suivante :

Biiodure de mercure.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	5 gr.
Eau distillée.....	100 gr.
Sirop de sucre.....	200 gr.

Deux cuillères à café par jour.

Puis on l'envoie à Lariboisière dans un service d'oto-rhinolaryngologie.

Nous avons revu l'enfant à la fin de novembre dernier ; sa surdité était complète.

Depuis cette époque, nous n'en avons eu aucune nouvelle.

OBSERVATION XI

(In thèse de Desvieux, Paris 1898, Résumée.)

Marthe M... onze ans et demi, est amenée le 9 novembre 1917 à la clinique de MM. les Drs de Wecker et Masselon pour une double kératite parenchymateuse.

Père mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de quarante-cinq ans, après avoir eu de fréquentes hémoptysies. Mère très bien portante. Quatre enfants vivants ; c'est la dernière, âgée de douze ans, qui est atteinte de kératite. On ne trouve absolument aucune trace de syphilis.

Notre petite malade est forte et n'a nullement le facies de l'hérédo-syphilis. Les dents sont saines et ses oreilles excellentes.

Dans sa première enfance elle a eu la rougeole et la variole. Il y a quatre ans, elle a présenté de petites nodosités à la jambe droite, dans la région tibiale antérieure : Abscesses scrofulueux qui ont été incisés par le Dr Récamier.

Au mois de février 1897, l'enfant est prise de douleurs dans le genou droit. Il augmente de volume ; puis le genou gauche se prend à son tour, environ quinze jours après.

Application de pointes de feu et de teinture d'iode.

Au mois d'avril, ses genoux étaient devenus très gros. Hydarthrose volumineuse à droite. Ponction ; on retire un demi-litre de liquide. Pas de ponction à gauche.

Examen des yeux. — Les yeux sont pris depuis quinze jours. C'est l'œil droit qui a été atteint le premier ; le gauche s'est pris huit jours après. En ce moment, les deux cornées présentent l'aspect trouble de la kératite parenchymateuse. C'est une opacité diffuse et profonde, plus marquée sur l'œil gauche que sur le droit. Des deux côtés, l'iris est sain et les pupilles bien dilatées. Il existe une photophobie et une vascularisation des plus intenses.

La petite malade est soumise aux injections de sublimé.

Quoique cette dernière observation ne rentre pas dans le cadre de notre travail nous l'avons citée car elle démontre que ce qui se produit dans la syphilis peut également se produire pour la tuberculose. Dans les deux cas, on peut noter, avec la kératite la coexistence d'épanchements articulaires.

OBSERVATION XII

(In : Thèse de Métayer, Paris 1904, résumée.)

André D..., âgé de sept ans, entre le 14 janvier 1903, à l'hôpital des Enfants-malades, salle Bouchut, dans le service de Grancher.

Parents bien portants. On ne trouve pas d'antécédents spécifiques du côté du père, ni du côté de la mère qui a perdu deux enfants en bas âge.

L'enfant actuel est né à terme et bien constitué. Rien de particulier n'a marqué sa première enfance. Il a été nourri au sein jusqu'à dix-huit mois. Rougeole à trois ans et demi. C'est la seule maladie qu'il ait eue.

Etat actuel. — L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a deux mois environ. A cette époque l'œil droit devient rouge et larmoyant; bientôt l'enfant ne peut plus l'ouvrir et la vue s'affaiblit. L'œil gauche se perd à son tour.

Très peu de temps après l'apparition des symptômes oculaires surviennent des modifications importantes du côté des genoux; ce sont d'abord des douleurs au moment où l'enfant se redresse; peu à peu les souffrances augmentent, les jointures deviennent raides, se déforment et le petit malade ne peut plus marcher.

C'est alors que l'enfant est admis dans le service.

Les deux genoux sont déformés, mais pas au même degré; le droit plus que le gauche; ils sont augmentés de volume et la palpation permet de se rendre compte qu'il y a surtout les extrémités osseuses qui sont augmentées de volume.

En outre, il y a de l'hydarthrose; le choc rotulien est net des deux côtés, surtout marqué à droite.

En dehors de ces manifestations articulaires limitées aux genoux, l'attention est attirée chez le jeune malade par l'état des yeux. Ils sont le siège d'un larmolement et d'une photophobie très marqués qui en rendent l'examen difficile; à droite la cornée est le siège d'une infiltration diffuse avec injection vive des vaisseaux au niveau du limbe. Du côté gauche il y a aussi opacité de la cornée, mais légère avec injection perikératique. En résumé, double kératite interstitielle, surtout prononcée à droite.

Pas de véritables dents d'Hutchinson; rien d'anormal du côté des oreilles, ni du nez, ni du côté du squelette.

Le traitement consiste en frictions mercurielles et iodure

de potassium à l'intérieur. Pas de modifications sensibles quinze jours après, ni du côté des yeux, ni du côté des jointures.

On fait alors une série d'injections intra-musculaires de biiodure de mercure. Au bout de 4 ou 5 injections amélioration manifeste du côté des genoux dont l'hydarthrose disparaît presque complètement et du côté des yeux dont la vision se rétablit peu à peu. On lui fait aussi 35 injections de 1 milligramme de biiodure de mercure.

Un an après, la guérison s'était maintenue tant du côté des articulations que du côté des yeux.

OBSERVATION XIII

(In : Thèse de Saucet. Bordeaux, 1904, résumée.)

Hydarthrose double des genoux concomitante avec de la kératite interstitielle.

Madeleine R..., neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Le père paraît jouir d'une bonne santé. La mère nie toute atteinte de syphilis. Pas de fausse couche. Deux enfants.

Antécédents personnels. — Malade qui est née chétive. A la naissance on ne note ni ictère, ni pemphigus. Elle ne se développa que très lentement. A deux ans elle eut la coqueluche et peu de temps après la rougeole.

A l'âge de trois ans, un violent mal d'yeux se déclara ; la cornée droite se ternit de plus en plus, puis s'opacifia complètement. L'enfant perdit la vue de ce côté. Le Dr Fromaget, à qui l'enfant fut conduite, déclara à la mère que l'autre œil, très probablement, ne tarderait pas à présenter une affection analogue : en effet, un mois après l'autre œil était pris. Au bout de cinq à six mois d'un traitement approprié la petite malade recouvrait la vue à peu près complètement.

Voilà donc une kératite interstitielle qu'il est très important de noter.

A peine les yeux étaient-ils guéris qu'apparaissent des troubles auditifs, la malade devient sourde complètement des deux côtés.

Deux ans après la guérison de sa kératite, les parents s'aperçurent que le genou droit de la petite malade était plus volumineux que l'autre. Elle n'en paraissait point souffrir puisqu'elle marchait et courait comme ses camarades. Environ trois mois après cette première constatation la mère remarqua que l'autre genou grossissait à son tour. Les deux étaient donc pris.

Etat actuel. — La malade, nous l'avons vu plus haut, est amenée au Dr Fromaget pour ses yeux :

Du côté des yeux, astigmatisme mixte, affection fréquente après une kératite interstitielle.

Du côté des oreilles : surdité absolue.

Du côté de la bouche : malformations dentaires très importantes, incisives petites, irrégulières, crénelées, comme sculptées en dents de scie. Beaucoup de dents sont absentes. Les deux incisives supérieures présentent au niveau de la partie médiane de leur bord libre une échancrure semi-lunaire très apparente. En général toutes les dents sont mal implantées et séparées les unes des autres par des espaces plus ou moins considérables. Voûte palatine ogivale.

Arthropathie. — Le genou droit est manifestement plus gros que le gauche. La palpation dénote une fluctuation nette.

Sous la pression des doigts on ne constate pas, surtout au niveau des épiphyses juxta-épiphysaires, de points véritablement douloureux. Les os sont tout au plus sensibles, et même sur la diaphyse jusqu'à une assez grande hauteur. Pas d'augmentation de volume de ces épiphyses.

L'articulation qui est absolument indolente, a conservé toute sa mobilité et sa souplesse. Les mouvements passifs ne sont nullement influencés par la grosseur de la jointure ; ils s'exécutent sans douleur, aussi facilement que du côté opposé. En somme l'articulation présente tous les caractères d'une arthropathie syphilitique.

Traitement. — Iodure de potassium et frictions mercurielles.

Aujourd'hui elle est complètement guérie.

OBSERVATION XIV

(In thèse de Saucet, Bordeaux, 1904, résumée)

Hydarthrose double des genoux concomitante avec une kératite interstitielle

J. G..., jeune fille de quatorze ans. Est amenée au Dr Fromaget pour une kératite interstitielle, en décembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père d'une constitution délicate.

Il nie cependant tout antécédent pathologique grave, en particulier la syphilis. Un interrogatoire attentif permet de relever quelques signes d'une syphilis ignorée : éruption cutanée ; alopecie partielle. Céphalalgie. Enrouement.

Sa femme est d'une constitution robuste, deux ans après son mariage elle fait un premier avortement, puis un second ; le troisième vient à terme.

Antécédents personnels. — Elevée et nourrie au sein. A deux ans rougeole. A quatre ans scarlatine grave. Aucun symptôme bien appréciable de syphilis héréditaire précoce.

Etat actuel. — En décembre 1903, elle se présente donc au Dr Fromaget avec des troubles graves du côté de l'œil droit : la cornée était complètement opacifiée. Au niveau de la circonférence cornéenne cette coloration grisâtre, envahie déjà par des arborisations capillaires, avait donné à ce tissu l'apparence « saumonée » correspondant à la vascularisation moyenne du premier degré.

Avec cela une cécité à peu près complète de ce côté.

Traitement général et local suivi d'améliorations ; mais le 25 janvier l'œil gauche était atteint de la même affection. C'est alors que nous avons remarqué que les deux genoux de la malade étaient plus volumineux qu'à l'état normal.

Elle affirme que ses genoux étaient gros, bien avant l'apparition des troubles oculaires, mais elle ne peut préciser la date de début, car elle n'a jamais éprouvé aucune douleur nette, aucune gêne dans la marche.

L'examen des articulations nous a permis de constater le 1^{er} février un épanchement articulaire surtout net à gauche, à peine constatable à droite. A la palpation aucune douleur nette, bien localisée. Pas de craquements articulaires.

Tous les mouvements se font avec une extrême facilité ; la marche n'est nullement gênée ; c'est en général ce qui se passe.

Voilà donc une hydarthrose double des genoux, dont le diagnostic étiologique ne nous semble pas discutable.

Recherchons les autres signes de syphilis héréditaire.

Pas de difformités craniennes, nasales ; rien du côté du squelette. Pas de lésion du côté des oreilles.

Du côté de sa dentition nous avons remarqué des signes intéressants : échancrure semi-lunaire sur le bord libre des deux incisives supérieures. Ces dents sont également atrophiées. Les autres dents étaient toutes très petites, mal plantées, déviées tantôt à droite, tantôt à gauche, séparées les unes des autres par des espaces plus ou moins considérables.

Traitement des genoux et des yeux.

4 mars. — Amélioration notable des yeux.

Il en est de même du côté des genoux.

12 avril. — Les yeux sont complètement guéris, le genou droit est normal.

6 mai. — Les deux genoux ont repris leur aspect habituel,

OBSERVATION XV

(In Thèse de Saucet. — Observation du D^r Fromaget).

Hydarthrose double des genoux.

Kératite interstitielle double.

Marie-Louise D..., cinq ans, se présente le 14 janvier 1901 pour une kératite interstitielle.

Est née à l'état de mort apparente à la fin du septième mois de la grossesse.

Avant elle, sa mère a fait une première fausse couche de cinq mois.

Après elle, deuxième fausse couche à sept mois.

La mère a de plus présenté des accidents spécifiques non douteux.

Janvier 1901. — La fillette présente de la kératite interstitielle : traitement mixte. Pulvérisations chaudes.

7 mars 1901. — Ouvre les yeux. Grande amélioration. Suspension du biiodure.

12 mars. — Plus de photophobie. Un peu de pannus. Infiltration cornéenne légère.

20 mars 1901. — Très grande amélioration. A repris son siro K. I. et biiodure de mercure.

7 mai. — Hydarthrose double des genoux.

2 juillet. — Amélioration complète. Suppression de l'atropine.

OBSERVATION XVI

(Observation du Dr Fromaget.)

Hydarthrose double des genoux.

Kératite interstitielle double.

M. B..., quatorze ans. Syphilitique héréditaire.

22 juin 1903. — Kératite interstitielle de l'œil gauche. Huit jours après l'œil droit était pris à son tour.

Traitement général mixte ; traitement local : atropine.

8 juillet. — Cécité complète. Même traitement. On ajoute des pulvérisations chaudes.

15 juillet 1903. — Amélioration. Pas de vascularisation.

23 juillet 1903. — Suppression du biiodure. La vascularisation paraît à droite.

6 août 1903. — Grande amélioration.

O. G., notablement éclairci.

O. D., vascularisation notable.

13 avril 1903. — O. G., éclairci ; V. 1/20.

O. D. Le pannus diminue.

L'enfant reprend son traitement qu'il avait interrompu quelques jours.

8 septembre 1903. — Hydarthrose du genou droit depuis quinze jours environ. La mère place à trois reprises un vésicatoire sur le genou sans résultat. Puis des applications sur l'articulation d'onguent napolitain provoquent au bout de quelques jours une amélioration notable. L'enfant peut partir pour Salies-de-Béarn. Marche et exercices possibles, monte à bicyclette. Retour de Salies : guérison apparente.

11 novembre. — Le genou droit gonfle de nouveau. Puis quelques jours après le genou gauche est pris à son tour.

25 novembre. — Hydarthrose double.

Traitement. — Onguent napolitain qui améliore d'une façon remarquable l'état des articulations. Suspension de ce traitement après la salivation exagérée qu'il détermine. On le remplace par des badigeonnages à la teinture d'iode.

9 février 1904. — Hydarthrose guérie.

La mère de l'enfant a remarqué l'influence extraordinaire du biiodure qui sans aucun doute a guéri la double arthropathie et a fait de plus disparaître l'engorgement ganglionnaire de l'enfant.

OBSERVATION XVII

(Thèse de Ranguedat, 1883, résumée.)

Louis X..., dix-sept ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 5 février 1883.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. La mère a contracté la syphilis. Soignée pendant huit mois par le mercure. Deux ans après sa contamination elle a eu à terme un enfant qui mourut à dix-sept jours avec pemphigus sur les pieds, les mains. Depuis elle a eu huit enfants.

L'aînée est notre malade; des sept autres, un est né avant terme; trois sont morts à trois mois. Les autres sont bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein. Enfant chétif. A douze ans accidents strumeux, adénopathies cervicales. A quinze ans, douleurs vagues dans les genoux.

Etat actuel. — Garçon peu robuste.

Oreille gauche : jamais d'othorée, surdité. Perforation du tympan. En somme, signe d'une otite ancienne.

Oreille droite : surdité progressive, complète depuis un mois.

Cornée gauche : grisâtre, opacité centrale, injection conjonctivale, photophobie légère.

Cornée droite : deux néphélions nucléaires sur la cornée.

Dents : incisives inférieures cuspidées, trilobées : premières molaires absentes, incisives supérieures divergentes.

Articulations : double hydarthrose des genoux datant de cinq mois ; la malade a commencé par souffrir de ses articulations qui, peu à peu, ont augmenté de volume, au point de déformer maintenant tout à fait les deux genoux. Ceux-ci sont, en effet, le siège d'un épanchement considérable plus abondant à gauche qu'à droite. La rotule est fortement soulevée ; les culs-de-sac de la synoviale sont largement distendus.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont nuls.

Traitement (sirop d'iodure de fer K. I.) suivi pendant deux mois, mais sans résultat appréciable.

OBSERVATION XVIII

(Dr^s Bourret et Chabal, in *Marseille médical*, 1909.)

Manifestations oculaires avec arthropathies, dans un cas de syphilis héréditaire

Ludovic D..., dix ans.

La mère a eu une fausse couche trois mois après son mariage ; un enfant prématuré de six mois. Avoue d'ailleurs la syphilis.

Notre malade est le premier enfant venu à terme; après lui vint une fille âgée de trois ans, avec quelques stigmates de rachitisme.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans la première enfance, mais santé un peu délicate. Il y a quatorze mois apparut un gonflement des deux genoux : au bout de trois semaines, il acquit une certaine importance et resta stationnaire, douloureux seulement après les marches forcées.

Deux mois après l'apparition de cette hydarthrose est survenue une rougeur intense de l'œil gauche, sans grande douleur, ni photophobie.

Actuellement (14 avril 1908). Injection périkeratique intense faisant paraître l'œil absolument lie de vin. L'iris peu décoloré est en myosis prononcé. Pas de synéchies. Légère photophobie, larmoiement. Pas de troubles de la cornée, sauf un léger précipité sur la face postérieure.

Les deux genoux présentent une hydarthrose modérée, sans autres troubles articulaires. Il n'y a pas de point douloureux; tous les mouvements sont conservés dans leur amplitude normale, pas de distension ligamenteuse. Malformations dentaires légères mais précises, selon le type vrai d'Hutchinson. Racine du nez un peu aplatie, pas de grosse rate.

Traitement à l'atropine pour les yeux; repos et compression ouatée pour les genoux.

1^{er} mars 1909. — Tout trouble oculaire a disparu. Très légère hydarthrosé à droite.

Et les auteurs de l'article concluent :

A l'heure où la coïncidence de la kératite parenchymateuse et des lésions articulaires est un peu à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation.

Il y a fort longtemps que les oculistes ont remarqué dans la kératite parenchymateuse la fréquence

des lésions articulaires, comme celles des autres manifestations de la syphilis héréditaire.

S'ils ne les ont pas plus particulièrement signalées, c'est que la kératite parenchymateuse est, chez l'enfant, d'origine assez connue pour qu'il ne soit pas nécessaire, pour l'affirmer, d'invoquer des coïncidences. »

Nous croyons donc, les observations qui précèdent le démontrent et il serait facile d'en citer d'autres, qu'il existe une relation certaine et curieuse entre la kératite interstitielle et l'apparition de fluxions articulaires multiples, contemporaines de l'affection oculaire ou apparaissant à plusieurs mois d'intervalle.

Dans son ouvrage intitulé *Syphilis héréditaire de l'âge adulte*, Edmond Fournier cite plusieurs observations analogues et termine par cette remarque : « Il y aurait donc, entre la kératite et les arthropathies une sorte de solidarité rappelant la connexion de certaines ophtalmies rhumatismales de la blennorrhagie avec des arthropathies blennorragiques ».

Nous reproduisons enfin le tableau de Fouquet, tiré de son traité sur la syphilis articulaire où il démontre que les deux genoux, dans les cas d'arthropathies sont fréquemment pris ensemble, et dans lequel, sur 11 observations, il y a dix fois coexistence de kératite.

N ^{os}	SEXE	AGE	ARTICULATIONS	DURÉE	SIGNES D'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE	RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE
1	M.	10	2 genoux.	4 mois.	K. I. double. Dents barrées.	Nuls.
2	F.	8	»	6 mois.	K. I. double. Ostéite d'un tibia.	»
3	M.	11	»	6 semaines.	Incisives typiques. Nodules aux tibias. Coryza. Eruption cutanée.	Mère ayant eu deux enfants morts-nés avant.
4	F.	9	»	3 mois.	K. I. monolatérale. Incisives typiques.	Nuls.
5	F.	20	2 genoux à 2 ans d'intervalle.	6 mois chaque.	K. I. Ostéite des 2 tibias.	»
6	F.	10	2 genoux.	7 mois.	K. I. Dents typiques.	Père syphilitique.
7	F.	15	»	6 mois.	K. I. Surdité incurable.	Nuls.
8	M.	14	»	3 mois.	K. I. double. Dents. Surdité.	»
9	M.	12	»	2 mois.	K. I.	Mère ayant fait plusieurs fausses couches.
10	F.	8	»	4 mois.	K. I. double.	Histoire douteuse.
11	M.	21	»	12 mois.	K. double.	Sur 8 enfants, les 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e , 7 ^e , morts en bas âge. Le 8 ^e en observation est atteint de K. I. double.

Note. — K. I. Kératite interstitielle.

Le Dr Puech, de son côté a eu son attention appelée sur des cas semblables, et, en compulsant les cas de kératite hérédo-syphilitique observés depuis six ans, soit 27, il trouva que onze fois le malade portait son arthropathie en venant le consulter. Donc onze fois cette affection articulaire apparaissait pendant l'évolution ou au déclin des lésions oculaires ; mais dans les autres cas, l'arthropathie avait pu évoluer bien avant l'apparition de la kératite pour se trouver guérie au moment où le médecin était appelé à traiter les yeux malades.

Nous ajouterons que le Dr Puech, sur le même nombre de sujets, n'a relevé que cinq fois des troubles plus ou moins profonds de l'ouïe.

Nous-même, pendant les consultations du Dr Cantonnet, avons observé plusieurs cas semblables ; nous n'avons noté qu'une fois des troubles de l'ouïe.

On arrive à la même conclusion si on examine le tableau de Fouquet : deux fois sur onze des troubles de l'ouïe contre dix fois sur onze des troubles oculaires . Donc cette arthropathie, caractérisée par une hydarthrose double des genoux a eu dans presque tous les cas observés plus haut, comme compagne la plus fidèle, la kératite interstitielle qui est assurément la manifestation la plus nette de l'hérédo-syphilis.

Dans tous nos classiques on décrit depuis Hutchinson ce qu'il a nommé la triade : dents, kératite et troubles de l'ouïe ; quant à l'arthropathie, on la signale en passant sans plus de commentaires car on la considère comme rare. Il est bien certain

que cette affection des genoux évolue, la plupart du temps, sans attirer l'attention du malade, *a fortiori* celle du médecin ; et cependant, à notre avis, les troubles de l'ouïe et les lésions dentaires sont moins fréquents que l'arthropathie, qui a, avec la kératite interstitielle de telles affinités qu'on ne peut songer à l'une sans penser à l'autre et nous sommes amenés tout naturellement à considérer comme justes les conclusions du Dr Puech :

« La triade d'Hutchinson devrait donc s'adjoindre un facteur important et s'appeler une pléiade, dans laquelle l'arthrite du genou jouerait au point de vue du diagnostic oculaire, un rôle aussi, sinon plus prépondérant, parce que plus fréquent, que les troubles de l'audition. Ces derniers, du reste, tout en étant indéniables, n'ont pas avec la kératite parenchymateuse la même intimité, si je puis ainsi m'exprimer, que l'arthropathie du genou.

« Nous voyons, en effet, des hérédo-syphilitiques devenir sourds souvent longtemps avant ou longtemps après l'apparition de la kératite parenchymateuse. Nos observations semblent, elles, au contraire, montrer que l'arthropathie précède de quelques mois, d'un an au plus la manifestation oculaire, le plus souvent éclate en même temps qu'elle, ou bien se montre à son déclin ; cela ne présente pas toujours une acuité susceptible d'attirer dès son début l'attention, soit du malade de ce côté, lorsque son âge semblait comporter un certain degré d'observa-

tion de soi-même, soit des parents auprès desquels les enfants ne se plaignent qu'à la longue.

« Parents ou malades ne vous parleront pas du reste d'une affection qui ne saurait avoir pour eux la moindre relation oculaire. Cette relation est du reste ignorée de beaucoup de praticiens. »

Il ressort de là une situation et des particularités de pratique sur laquelle il n'est même pas utile d'insister tant elles sont évidentes.

Toutes les fois qu'on nous présentera un malade atteint de kératite interstitielle et manifestant en même temps des lésions articulaires avec les caractères ci-dessus indiqués, il faudra considérer cette arthropathie comme une manifestation hérédo-syphilitique : l'affection oculaire fera donc songer à la diathèse.

De même, toutes les fois qu'on nous montrera un enfant atteint d'hydarthrose double des genoux ne présentant pas ou n'ayant pas présenté de kératite interstitielle, nous pourrons prévenir sa famille qu'une maladie grave va peut-être se déclarer du côté des yeux, pouvant entraîner la perte de ces organes ; et dès les premiers signes d'apparition de l'affection, on devra instituer un traitement énergique qui la fera disparaître aussi complètement que possible.

Il resterait maintenant à interpréter tous ces faits.

Consistent-ils en de pures rencontres fortuites de symptômes oculaires et articulaires sur des sujets également prédisposés aux ophtalmies et aux arthropathies ?

Est-il permis, au contraire, pour les expliquer, de supposer une sorte de solidarité, de dépendance pathogénique entre les uns et les autres ?

Question délicate, qu'une observation plus étendue pourra seule résoudre, mais question en tous cas très curieuse et méritant toute l'attention des cliniciens.

CONCLUSION

1° Il semble bien que la kératite interstitielle est accompagnée très souvent d'arthropathies se manifestant surtout sous la forme d'hydarthrose indolore.

L'origine spécifique de la kératite interstitielle étant la plus fréquente peut permettre de diagnostiquer la nature d'une arthropathie lors qu'il y a doute sur celle-ci.

2° D'après l'étude qui précède nous arrivons à cette conclusion que dans plus de la moitié des cas, kératite et arthropathies vont ensemble, surtout lorsque le clinicien connaît leur corrélation et qu'il la recherche.

3° Nous pourrions enfin, après d'autres auteurs proposer de faire entrer l'hydarthrose, à cause de sa fréquence, dans le cadre classique de la triade d'Hutchinson.

Cette hydarthrose formerait le quatrième symptôme d'un syndrome qui serait, non plus une triade, mais une tétrade.

4° Nous ajouterons même que cette conception

semble si vraie à la grande majorité des ophtalmologistes qu'ils admettent, comme nous, que l'hydarthrose paraît même beaucoup plus fréquente que la surdité ou la demi-surdité.

Vu le Doyen :
ROGER

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
R. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Parinaud.* — Kératite et hérédo-syphilis (Archives de Médecine, 1883).
- Delaittre.* — Histoire de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1883.
- Blaise.* — Thèse d'agrégation, 1883. Paris.
- Coppens.* — Kératite interstitielle. Thèse, Paris, 1884.
- Ranguedat.* — Arthropathie et syphilis héréditaire. Thèse, Paris, 1883.
- Clutton.* — The Lancet, 1896.
- Antonelli.* — Stigmates ophtalmoscopiques de la syphilis héréditaire. Thèse, Paris, 1897.
- Fournier (A).* — Syphilis héréditaire. Paris, 1891.
- Fournier.* — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Paris, 1898.
- Saint-Pierre (M.).* — Hérédo-syphilis et manifestations articulaires. Thèse, Lyon, 1900.
- Jaubert.* — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. Thèse, Montpellier, 1901.
- Rebeyrolle.* — Hérédo-syphilis et manifestations articulaires. Paris, 1902.
- Puech (Dr).* — Archives d'Ophtalmologie. Bordeaux, 1901.
- Métayer.* — Manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. Paris, 1904. Thèse.
- Terrien.* — Manifestations oculaires de la syphilis héréditaire (Gazette des Hôpitaux, 1904).
- Fauquet.* — Traité de la syphilis articulaire. Paris, 1905.
- Saucet.* — Arthropathies de la syphilis héréditaire. Bordeaux, 1904. Thèse.

- Gaucher.* — Arthropathies et syphilis héréditaire (Journal de médecine interne. Paris, 1906).
- Fournier (E.).* — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive. Paris, 1907.
- Bourret et Chabal.* — Manifestations oculaires avec arthropathie dans un cas de syphilis héréditaire (Marseille médical, 1909).
- Fournier (E.).* — Syphilis héréditaire de la deuxième génération. Paris, 1909.
- Beauvieux.* — Syphilis et kératite (Archives d'Ophtalmologie, 1910).
- Fage.* — Les récidives de la kératite parenchymateuse (Clinique ophtalmologique, 1913).
- Bloch et Antonelli.* — Syphilis congénitale (Annales des maladies vénériennes. Paris, 1913).
- Fouquet.* — Syphilis héréditaire (Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris, 1913).
- Lagrange.* — Ophtalmologie.
- Bouin et May.* — Maladies de l'œil, 1914. Paris.

